

STUDII CLINICE

Clinica de neurologie și neurochirurgie din Tg.-Mureș
(cond.: prof. T. Andrásófszky, doctor docent în științe)

DINAMICA COMELOR GRAVE ÎN NEUROCHIRURGIE

T. Andrásófszky, I. Kerek

În lipsa urei reanimări corecte, stările comatoase grave neurochirurgicale din trecut au dus frecvent la deces. Acest fapt s-a reflectat în mortalitatea ridicată a traumatismelor cranio-cerebrale grave și a marilor intervenții neurochirurgicale. Aplicarea principiilor și metodelor moderne de reanimare — prin asigurarea homeostaziei — contribuie în mod substanțial la restabilirea funcțională treptată a sistemului nervos central. Prin reanimare se poate ajunge totodată la starea specială de comă depășită în care, cu toată menținerea artificială a funcțiilor vegetative fundamentale, moartea creierului nu mai poate fi împiedicată (1, 3, 7). Așadar reanimarea a schimbat evoluția stărilor comatoase, ceea ce a justificat revizuirea clasificării acestora. Clasificarea lui *Mollaret* și *Goulon* (1959) în comă vigیلă, tipică, carus și depășită, corespunde în general cerințelor practice. Noțiunea de comă vigیلă o interpretăm ca similară stărilor de mutism akinetic, decorticare, sindrom apallic și viață vegetativă, deși există deosebiri între aceste sindroame (4). Clasificarea de mai sus este util completată prin împărțirea pe faze evolutive a stărilor comatoase grave (carus) de către *Vigouroux* și colab. (1964) și anume în faze de: comă carus cu tulburări vegetative, comă cu stabilizarea fenomenelor vegetative, ieșirea din comă, reluarea contactului cu mediul ambiant în două etape: confuzie mintală, tulburări psihotice și recuperare.

Prezenta comunicare se referă la 18 cazuri de comă carus, instalată în 10 cazuri în urma unor traumatisme cranio-cerebrale, și în 8 cazuri în urma unor procese expansive intracraniene (pre-respectiv postoperator). În toate cele 18 cazuri starea profundă de inconștiență a fost asociată cu tulburări neurovegetative (tabelul I).

Tabelul I.
Incidența tulburărilor neurovegetative

Dezechilibrele	Foarte grave	Cazuri	Grave	Cazuri
Edem cerebral, rigiditate decretebrată	+	7		
Respirație periodică, apnee	+	5		
Edem pulmonar	+	3		
Tahipnee	40—68/min.	7	30—38/min.	6
Hipertensiune arterială	>20 cm Hg	2	16—20 cm Hg	0
Hipotensiune arterială	< 8 cm Hg	1	9 cm Hg	2
Tahicardie	140—168/min.	6	120—136/min.	4
Febră	>39,5° C	9	38—39,5° C	5

În majoritatea cazurilor s-a putut observa evoluția fazică a comelor fie în direcție favorabilă, fie spre deces (tabelul II). Reiese că în 5 cazuri, cu tot tratamentul aplicat, coma carus s-a aprofundat, ajungând la 4 bolnavi până la comă depășită. În 13 cazuri am obținut o ameliorare, pe care în 9 cazuri am dus-o până la faza comei vigile, dintre care numai 6 bolnavi au ajuns în faza reluării contactului. Din 18 bolnavi am pierdut în total 11, iar 5 s-au vindecat (1 bolnav a părăsit clinica ameliorat, dar înainte de a fi ajuns în faza de reluare a contactului; 1 bolnav stagnează de doi ani în faza reluării contractului cu mediul ambiant). Se mai poate constata că fazele de evoluție ale comelor sînt mai degrabă *trepte posibile*, dintre care una sau alta poate fi ocolită, poate să persiste timp îndelungat (chiar luni de zile) sau în curs de câteva ore, bolnavul poate trece prin toate fazele posibile; durata fiecărei faze este fie bine precizabilă, fie cu limite interfazice șterse. Pentru ilustrarea acestor particularități ale evoluției fazice prezentăm pe scurt 3 observații din cazuistica noastră:

Nr. 5. (F. O. 530—64). B. S., bărbat de 42 ani, suferă o contuzie cerebrală într-un accident de circulație. La internare comă carus cu respirație dispneică 36/min., temperatură 40°. Peste 2 zile, după un tratament adecvat, trece în faza de comă clasică care durează încă 2 zile. După aceasta se instalează o stare de comă vigală cu o durată de 64 de zile. Deces în urma unei bronhopneumonii.

Nr. 7. (F. O. 63—65), S. V., bărbat de 46 ani, este internat cu contuzie cerebrală în urma unui accident de muncă. La internare comă carus cu respirație superficială, câteodată periodică, 50/min., tahicardie și rigiditate decerebrată. După 10 ore fenomenele vegetative cedează și după 14 ore se instalează faza de comă vigală, urmată de un sindrom Korsacov, care durează 4 zile. În continuarea acestei faze bolnavul prezintă tulburări psihice maniacale cu tendință spre ameliorare. Până la urmă părăsește clinica vindecat.

Nr. 14. (F. O. 389—64), S. I., femeie de 41 ani, este internată cu suspiciunea unui proces expansiv intracranian. A doua zi stop respirator subit, cu păstrarea celorlalte funcții vegetative, comă. Se recurge la protezarea mecanică a respirației care însă nu mai revine. După 14 ore de ventilație mecanică se prăbușește treptat echilibrul circulator. Reușim să menținem activitatea cardiacă cu perfuzie de noradrenalină încă 6 ore. La autopsie s-a găsit un anevrism de mărimea unei nuci la nivelul mezencefalului care a cauzat o hemoragie masivă intraventriculară și peritrunchiulară.

Referitor la tehnica reanimării în neurochirurgie se poate afirma că nu există metode specifice. În majoritatea cazurilor combaterea dezechilibrului respirator, a hipertermiei și a edemului cerebral sînt problemele de primă urgență, ale căror rezolvare o încercăm prin permeabilizarea căilor respiratorii (intubație și / sau traheostomie, aspirația secrețiilor), prin hibernare artificială și prin osmoterapie cu sol. de uree 30%-mannitol 5%. În 9 cazuri din cele 16 am recurs la protezarea mecanică a respirației, obținind restabilirea definitivă a acesteia în 2 cazuri, tranzitorie în 3 cazuri, neputînd împiedica instalarea comei depășite în 4 cazuri. În prelungirea stării comatoase alimentația prin sondă și prevenirea infecțiilor prin îngrijire corectă, reprezintă sarcinile de bază ale tratamentului.

Reanimarea — în esență — este o terapie simptomatică și succesul ei depinde de reversibilitatea leziunilor cerebrale: dar tocmai stabilirea reversibilității sau ireversibilității ridică uneori probleme principiale. Comele depășite, cauzate de moartea definitivă a creierului, și comele vigile prelungite, cauzate de leziunea sistemului cortico-reticular, sînt cele două limite create de posibilitățile actuale de reanimare. Deoarece comele vigile, oricît de prelungite ar fi ele, pot avansa la o nouă fază în direcția recuperării, reanimarea trebuie să persevereze chiar în fața unui tablou clinic disperat (într-unul din cazurile noastre starea de comă vigală a durat 4 luni). Aceleași eforturi trebuie depuse în cazuri de comă clasică și carus. În comele depășite perseve-

EVOLUTIA FALICĂ A COMELOR NEUROCHIRURGICALE

FAZELE EVOLUTIEI	TRAUMATISME CRANIO - CEREBRALE	CAZURI	PROCESE EXPANSIVE INTRACRANIENE	CAZURI
RECUPERARE	—	3	—	2
TULB. PSIHOTICE	•	—	—	—
CONFUZIE MINTALĂ	○	—	—	—
RELUAREA CONTACTULUI	—	3	—	3
COMĂ VIGILĂ	○	4	—	5
COMĂ CU STABILIZ. FENO-MENELOR VEG.	○	7	—	6
COMĂ CARUS	—	10	—	8
COMĂ DEPAȘITĂ	—	2	—	2
DURAȚIA COMEI	—	—	—	—
ZILE	5 5 12 56 68 1 2 1 2	—	—	45
ORE	5 7 18 10 4	—	—	10 16 20 4
			6 44 12	

O STAGNARE IN FAZĂ, — DECES

rarea în reanimare este deocamdată mult discutată în literatură (1, 2, 3, 6, 8, 10). În principiu noi sîntem de părere că stagnarea la vreuna din fazele evolutive ale stării comatoase nu ne poate scuti de continuarea eforturilor de reanimare, pînă la recuperarea sau decesul bolnavului.

Sosit la redacție: 12 august 1965.

Bibliografie

1. ARNAUD M., VIGOUROUX R., VIGOUROUX M.: Neurochirurgia, Stuttgart (1963), 6/1. 1;
2. FILIPESCU Z., CURELARU L., CIOBANU M., FĂGARĂȘANU R.: Viața Medicală (1962), 9/15, 857;
3. GAULTIER M., FOURNIER E.: Rev. Prat. (1964), 14/19, 2489;
4. JOUVET M.: Acta Neurochir. (Wien), (1964), 12/2, 258;
5. LAPRAS CL., GOUTELLE A., WERTHEIMER I.: Neuro-chirurgie, Paris, (1964), 10/2, 135;
6. LARENG L.: Anesth. Analg. Reanim. (1964), 21/1, 13;
7. MOLLARET P., GOULON M.: Rev. Neurol. (1959), 101/1, 3;
8. MOLLARET P.: Presse Med. (1962), 70/36, 1695;
9. VIGOUROUX R., NAQUET R., BAURAND C., CHOUX M., SALAMON G., KHALIL R.: Rev Neurol (1964), 110/1, 72;
10. WERTHEIMER I.: cit. LARENG.